



Acuerdo de los Padres para tener Acceso TOTS vía Internet

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **TOTS ID#:** _____

1. Estoy solicitando revisar la información de mi niño en el sitio web del Sistema de Apoyo para el Equipo y Observación mediante Asistencia Tecnológica (TOTS, por sus siglas en inglés) y estoy de acuerdo en acatar la política de seguridad y uso aceptable del portal para padres de TOTS.
2. Entiendo que tener acceso, a través de esta red, a los registros de intervención temprana de mi niño no disminuye mis derechos de acceso a los registros proporcionados según la Ley por el Mejoramiento de la Educación de los Individuos con Discapacidades, Parte C.
3. Entiendo que en aras de la seguridad, el programa de Primeros Pasos (*First Steps*) se reserva el derecho de cambiar las contraseñas de usuario o denegar el acceso en cualquier momento.
4. Al firmar este acuerdo, yo libero al Departamento para la Salud Pública, agencia que dirige el programa de *First Steps*, de cualquier y toda responsabilidad por daños y perjuicios ocasionados por el acceso no autorizado a mi cuenta como padre/madre/guardián.
5. Estoy de acuerdo en no dar a conocer mi contraseña ni permitir que alguien más use la cuenta, incluyendo a mi niño(s). Entiendo que no se proporcionarán inicios de sesiones múltiples a los registros electrónicos de mi niño.
6. Estoy de acuerdo en proteger la información impresa o transferida a mi computador o destruir los documentos generados en este sitio.
7. Entiendo que si intento iniciar sesión tres veces y no lo logro, mi cuenta se desactivará. Para restablecer el acceso tendré que crear una nueva contraseña. Si no puedo recordar el nombre de usuario que he creado entonces tendré que comunicarme con el coordinador de servicios de mi niño.
8. Entiendo que este acceso para los padres será desactivado cuando mi niño salga del programa de *First Steps*.
9. He comprobado que la computadora que utilizaré para acceder al sitio de internet donde puedo ver la información de mi niño reúne o supera los requisitos mínimos y estoy de acuerdo en que el programa de *First Steps* no tiene la responsabilidad de ayudar con las dificultades técnicas de mi computadora personal.

Nombre del Padre/Madre/Guardián	
Dirección de la residencia	
Dirección de correo electrónico	
Teléfono del hogar	
Teléfono celular	

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Firma del Representante de *First Steps*: _____ **Fecha:** _____

